

4 — Quando as culturas são negativas o decurso post-operatorio é bom e a letalidade baixa.

5 — A presença de germens patogênicos nas culturas está clinicamente associada a complicações e diretamente responsável pela morbidade e pela mortalidade.

6 — A drenagem é indicada somente nos pacientes operados após várias horas de perfuração, constituindo então um tratamento heroico.

The present status of chronic osteomyelitis (O estado presente da osteomielite crônica) — H. R. Mc Carrol & J. Albert Kery (Surgery, Gynecology and Obstetrics — Vol. 68 — N.º 6 — Junho de 1939).

Em 200 doentes portadores de osteomielite crônica 41 foram tratados por mais de 1 semana com um diagnóstico errado durante o período agudo do processo e somente em 9 o osso foi drenado na 1.ª semana da molestia. Consequentemente 191 desses doentes foram tratados por métodos conservadores ou por operações insuficientes. Nessa série a incidência de focos ósseos secundários foi de 25% e o comprometimento da articulação vizinha foi de 50%. Por meio de processos cirúrgicos standards e hospitalização prolongada com adequado post-operatorio foi possível obter cura em 63,1% dos 98 casos seguidos clinicamente pelo espaço de 3 anos. Em 38,7% desses, os focos continuaram a drenar ou houve recidiva nesse período de observação. Nos 200 casos os Autores consideraram os resultados obtidos precários em 35,5%, fracos em 28%, bons em 25,5% e desconhecidos em 2%.

Acreditam que a cura dessa molestia depende da habilidade do cirurgião na execução da operação e na remoção de todo o tecido ósseo infectado, assim como no tipo do tratamento post-operatorio, relativamente menos importante, proporcionando uma constante drenagem satisfatória. O melhor preventivo contra o estado crônico da molestia é, segundo os autores, o diagnóstico precoce do estado agudo e a urgente drenagem dos focos ósseos.

The treatment of acute staphylococcic suppurative arthritis (O tratamento da artrite supurativa estafilocócica aguda) — Robert L. Preston (The American Journal of Surgery — Abril 1939 — Vol. XLIV — N.º 1)

Trata-se de um dos problemas mais difíceis de solução. Segundo Nathan o estafilococo produz uma necrose da articulação, o que não acontece com o estreptococo e o pneumococo. Os sintomas agudos podem desaparecer, mas o paciente fica sempre sujeito a recidiva, desde que permaneça "in situ" alguma porção óssea afetada. Estudos experimentais realizados, inoculando nas articulações de coelhos o estafilococo aureus permitiram a reprodução típica de artrites, e as lesões foram de dois tipos: 1) Lesões tendendo a invadir localmente a região com produção de abscessos múltiplos e 2) lesões sem tendência a invasão local mas com degeneração tóxica das vísceras.

Recursos de tratamento: a artrite estafilocócica é molestia septicêmica. O tratamento geral contra a septicemia é de grande importância; em seguida devemos praticar o tratamento local para evitar a perda da articulação.

Tratamento local: 1) Aspiração da articulação e identificação do germen.

2) Destruição local dos germens: os germens atacam a sinovial e a cartilagem articular, havendo produção de exsudato, distensão da sinovial e a formação de puz. A articulação é aspirada e lavada com soro fisiológico quente, cada 8 horas até ser possível ter em mão o bacteriófago preparado com o material retirado pela 1.ª punção. Então, com a própria agulha que serviu para lavar, sem retirá-la da articulação, injeta-se o bacteriófago até distender a articulação. A eficácia desta ação bacteriófaga específica foi demonstrada por Albec. O bacteriófago destrói os germens sem lesar a arti-